

福祉医療費給付申請書

記入した日を書いてください

年 月 日

みどり市長 様

受給者本人の情報を申請者欄に記入してください  
(受給者が未成年の場合は、保護者が申請することもできます。)

(申請者) 住所  
氏名 (続柄 )  
電話 ( )

次のとおり診療等を受けたので、みどり市福祉医療費支給に関する条例に基づき、福祉医療費の支給を申請します。 **受給者の情報を記入してください。(公費負担者番号、受給資格者番号はピンクの医療券に記載されている番号です。)**

受給資格者氏名				公費負担者番号			
生 年 月 日	年	月	日	受給資格者番号			
医療保険の種類等				記号番号	被保険者、組合員、加入者又は世帯主名		
1. 国保 2. 国保組合 3. 協会けんぽ 4. 健保組合 5. 共済 6. 後期高齢 7. ( )							
受診者氏名	診 療		保険診療 総点数	窓 口 徴 収 額 (入院時生活療養費標準負担額を除く。)			交 通 災 害 そ の 他
	年 月	日 数 等		一部負担金	入院時食事療養費 標準負担額	他法による 費用徴収額	
	年 月	入 日 外	点	円	円× 回 = 円	円	
*保険点数×10× 割			*決定金額				*確認
	年 月	入 日 外	点	円	円× 回 = 円	円	
*保険点数×10× 割			*決定金額				*確認
	年 月	入 日 外	点	円	円× 回 = 円	円	
*保険点数×10× 割			*決定金額				*確認
診 療 証 明 書							
上記のとおり診療したことを証明します。							
年 月 日							
(医療機関等) 所在地 名 称 代 表 者 電 話 番 号							
振込先口座情報を記入してください。口座名義人は受給者又は申請者としてください。							
振込金融機関名	金融機関コード	預金種目	口座番号	名 義 人			
銀行 信金 農協 信組 労金	X	普通 当座		(フリガナ)			
本店 支店							

- (注) 1 申請書の2本線から上部及び口座番号等は、申請者が記入してください。  
 2 申請書の2本線から下部の受診者に係る診療内容は、医療機関等が記入してください(\*の欄は記入不要)。ただし、当該診療内容について証明できる書類(医療機関が発行した診療明細書等)を添付したときは、記入を省略できます。  
 3 高額療養費、付加給付等の給付を受けたときは、各保険者の給付決定通知等を併せて添付してください。  
 4 口座振込みの場合は、第12条の規定による福祉医療費支払通知書(様式第6号)を省略します。